PRZEGLĄD LARYNGOOTJATRYCZNY

WYDAWANY PRZEZ KLINIKĘ LARYNGOOTJATRYCZNĄ
UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO

Nr 1. MARZEC, 1924 R.

SPIS RZECZY:

Prof. F. Erbrich: Patogeneza i terapia ograniczonej zgorzeli płuc. (Rozdział z pracy monograficznej: Bronchoskopia w cierpieniach płuc) . . 5
Dr. H. Lewenfisz: O dokładnem badaniu ostrości słuchu 13
Dr. J. Rogoziński: O rozpoznawaniu i terapii ciał obcych w oskrzelach . . 16
Dr. H. Lewenfisz: Badanie krwi w twardzieli . . 23

Pathogenése et therapie de la gangréne pulmonaire circonscrite (un chapitre du travail monographique: Bronchoscopie dans les maladies des poumons . . 5
Examen précis de l'acuité de l'ouï . . : 13
Diagnostique et thérapie des corps étrangers dans les bronches 16
Examen du sang dans lesclerome 23



REDAKCJA: Prof. F. ERBRICH, BODUENA 4
ADMINISTRACJA: Dr. J. ROGOZIŃSKI, PIĘKNA 15

ZAKŁADY

Warsz. Tow. Akc.

„MOTOR"

Oddział Chemiczny

poleca:

własnej produkcji:

CORGOL - „MOTOR"

(Argentum colloidale 80 % Ag.)

GELARGIN - „MOTOR"

(Argentum gelatinosum 15 % Ag.)

PRORGOL - „MOTOR“

(Argentum proteinicum 8 % Ag.)

WARSZAWA

Marszałkowska 23

Racławicka 6

PRZEGLĄD
LARYNGOOTJATRYCZNY

WYDAWANY PRZEZ KLINIKĘ LARYNGOOTJĄTRYCZNĄ
UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO

SPIS RZECZY:

Prof. F. Erbrich: Patogeneza i terapia ograniczonej zgorzeli płuc. (Rozdział z pracy monograficznej: Bronchoskopia w cierpieniach płuc) . . 5

Dr. H. Lewenfisz: O dokładnem badaniu ostrości słuchu 13

Dr. J. Rogoziński: O rozpoznawaniu i terapii ciał obcych w oskrzelach . . 16

Dr. H. Lewenfisz: Badanie krwi w twardzieli . . 23

Pathogenèse et therapie de la gangrène pulmonaire circonscrite (un chapitre du travail monographique: Bronchoscopie dans les maladies des poumons . . 5

Examen précis de l'acuité de l'ouï . . : 13

Diagnostique et thérapie des corps étrangers dans les bronches 16

Examen du sang dans le sclerome 23



REDAKCJA: Prof. F. ERBRICH, BODUENA 4
ADMINISTRACJA: Dr. J. ROGOZIŃSKI, PIĘKNA 15

Dr. Alfredowi Sokołowskiemu

profesorowi Uniwersytetu Warszawskiego

w roku 50-letniej pracy

lekarskiej

Zeszyt I-szy

poświęca

Redakcja

PATOGENEZA I TERAPIA OGRANICZONEJ ZGORZELI PŁUC.

(Rozdział z pracy monograficznej: „Bronchoskopia w cierpieniach płuc").

Prof. Feliks **ERBRICH**.

Tracheobronchoskopja, zapoczątkowana w celach terapeutycznych przez prof. Pieniążka, technicznie udoskonalona i posunięta do znaczenia metody djagnostycznej przez prof. Kiliana, coraz bardziej rozszerza swój zakres w cierpieniach dróg oddechowych nietylko tchawicy i głównych oskrzeli lecz również płuc. Pomyślne wyniki bronchoskopji w przewlekłej dusznicy oskrzelowej, ogłoszone przez prof. Nowotnego, znalazły potwierdzenie w pracach innych lekarzy. Próby bronchoskopji w cierpieniach ograniczonych płuc, dokonane przez prof. Kiliana, sprawdzone zostały w pojedyńczych nielicznych przypadkach przez innych autorów z wynikiem niejednakowym.

W monografji: „O zwężeniach tchawicy i oskrzeli — Erbrich 1918", wypowiedziany został pogląd, że do wytworzenia ograniczonej zgorzeli płuc niezbędną jest obecność szczególnych warunków: uprzedniego jakby przygotowawczego procesu zapalnego tkanki płucnej, oraz niedrożności oskrzela, doprowadzającego powietrze do uległego zmianom zapalnym płuca. Pogląd ten powstał ze spostrzeżeń szeregu przypadków obcych ciał oskrzeli, wikłanych zgorzelą płuc.

Obce ciało, uwięzgnięte w oskrzelu, bez względu na jego rodzaj i kształt upośledza na razie swobodny dopływ powietrza. Zalegające zaś przez czas dłuższy, lecz nieszczelnie zatykające wnętrze oskrzela ciało obce wywołuje stopniowo stan zapalny błony śluzowej oskrzela, oskrzelków, wreszcie samego płuca. Objawy zależne od tych zmian zapalnych szybko mijają po usunięciu ciała obcego. O ile jednak obce ciało w okresie tych zmian osunie się do oskrzela mniejszego kalibru, lub też wskutek długiego zalegania wytworzy się nacieczenie błony śluzowej naokoło ciała obcego wtedy, zwłaszcza jeżeli dołączy się rozrost tkanki ziarninowej, powstaje zupełne zamknięcie wnętrza oskrzela i w następstwie proces zgorzelinowy w ogniskach zapalnych tkanki płucnej.

Warunkiem ostatecznym wytworzenia się zgorzeli jest niedrożność oskrzela, upośledzone przenikanie powietrza do uległe-

go zapaleniu odcinka płuc na pewien krótszy lub dłuższy okres czasu, wystarczający do rozwoju w atmosferze beztlenowej, w środowisku odpowiednio przygotowanem bakterji, przejawiających swoje swoiste działanie zmianami w tkankach zgorzelinowemi. W podobny sposób powstaje zgorzel płuc w zależności od innych, nie wywołanych uwiezgnięciem obcego ciała w oskrzelu, cierpień płucnych. Niedrożność oskrzela stanowi i w tych przypadkach warunek konieczny powikłania zgorzelą.

W sprawach pierwszej kategorji przygotowawczy stan zapalny płuca i następcza zgorzel wywołane zostają przez obce ciało, zwężające wnętrze oskrzela, w drugiej zaś zmiany zapalne płuc i błony śluzowej oskrzela, wzmagając się, wytwarzają nacieczenie błony śluzowej oskrzela w określonem miejscu i na pewnej przestrzeni w stopniu, doprowadzającym do zwężenia i do niedrożności, stanu niezbędnego do wytworzenia odpowiednich warunków, sprzyjających rozwojowi zgorzeli.

Słuszność takiego na patogenezę ograniczonej zgorzeli płuc poglądu znalazła potwierdzenie w wynikach kilku spostrzeżeń dokonanych zapomocą bronchoskopji. Leczenie zgorzeli płuc starano się rozwiązać w kilku przypadkach zapomocą wlewań przez bronchoskop rozmaitych płynów odkażających do rozgałęzień oskrzelowych. Cel zaś bronchoskopji w niżej opisanych przypadkach był zgoła inny: dotrzeć do miejsca zwężonego, przywrócić drożność i normalną wentylację w chorem, pozbawionem dopływu powietrza płucu.

S. N. ślusarz Nr. księgi chorych 115, przesłany z kliniki II wewnętrznej dnia 5.VI. 1923 zwrócił się do szpitala z powodu b. męczącego kaszlu, odpluwania cuchnącej plwociny, wysokiej gorączki. Do objawów tych, trwających od 3-ch miesięcy, dołączyło się w ostatniah tygodniach ogólne wyczerpanie, spowodowane głównie brakiem snu przez częste napady kaszlu Już podczas ostatnich 2-ch lat chory czuł się osłabionym wskutek od czasu do czasu występujących napadów „epilepsji". Obecne cierpienie powstało nagle. Nazajutrz po napadzie epileptycznym chory poczuł ból w boku, po kilku dniach zaczął odpluwać cuchnącą plwocinę, kaszel przedtem nieznaczny wzmógł się raptownie.

W dniu przybycia na klinikę T^0 wynosiła 39^0 wieczorem. W granicach $38.5 — 39.4^0$ utrzymywała się przez kilka dni następnych. Kaszel b. gwałtowny napadowy, połączony z odpluwaniem niezwykle cuchnącej ropnej plwociny, niepokoił chorego w dość częstych odstępach dnia, bardziej w nocy. Badanie wykazało obecność w płucu ogniska pod lewym kątem łopatki na przestrzeni od VII do IX żebra i od kręgosłupa do linii pacho-

wej tylnej. Rentgenografja stwierdziła w odpowiedniem miejscu zaciemnienie całkowite pola płucnego.

Dnia 10.VI. zastosowano bronchoskopję. Błona śluzowa krtani znacznie przekrwiona, również tchawicy zwłaszcza na jej podziale. W otworze do głównego oskrzela lewego na powierzchni wewnętrznej nacieczenie błony śluzowej — otwór jednak dość szeroki. Wnętrze samego oskrzela głównego lewego drożne, również przekrwione. Po posunięciu rury bronchoskopowej głębiej, w jednem z oskrzeli drugorzędnych (wewnętrznem) w obrazie bronchoskopowym, tuż pod podziałem głównego oskrzela widoczne było zwężenie w kształcie poprzecznej szczeliny, między dwoma przylegającemi do siebie powierzchniami błony śluzowej. Po rozszerzeniu miejsca zwężonego zapomocą zgłębnika opatrzonego w watę, zwilżoną roztworem adrenaliny z kokainą, powstał gwałtowny kaszel oraz napływ wielkiej ilości cuchnącej ropnej wydzieliny. Po dokładnem znieczuleniu błony śluzowej i złagodzeniu odruchów kaszlowych, w bronchoskopie, posuniętym wgłąb na 2 ctm, przez szczelinę uległą rozszerzeniu pod wpływem adrenaliny, dojrzeć można było wnętrze niezwężonego drugorzędnego oskrzela oraz wejście otwarte do oskrzela trzeciorzędnego wraz z jego wnętrzem zupełnie drożnem na przestrzeni dostępnej oglądaniu.

Tego samego dnia po zabiegu chory spał kilka godzin. Następnych dni napady kaszlu występowały rzadziej, również T° stopniowo obniżyła się do 37.8—38.5. Odpluwanie obfitej ilości plwociny stale cuchnącej trwało bez zmiany. Powtórna 18.VI wykonana bronchoskopja wykazała nieznaczne w uprzednio zaznaczonem miejscu nacieczenie błony sluzowej oraz zupełną prawie drożność oskrzela.

Podczas następnych 3-ch tygodni zastosowano jeszcze 5 zabiegów — 3-ci na jednem z posiedzeń lekarzy szpitalnych. Już po 3-ciej bronchoskopji ciepłota wróciła do normy. Krótkie napady kaszlu zjawiały się rzadko. Stan ogólny poprawił się szybko. Najdłużej trwało cuchnienie — ustało po 5-ym zabiegu.

Dnia 13.VII chory opuścił klinikę bez podwyższonej ciepłoty z nieznacznem pokasływaniem i odpluwaniem niewielkiej ilości plwociny niecuchnącej. Badanie w dniu odejścia chorego ze szpitala wykazało stłumienie nieznaczne jedynie w bliskości kręgosłupa, zaznaczone na obrazie rentgenograficznym ciemną plamą, wyraźnie ograniczoną, w rozmiarach 4 ctm. obwodu.

W przypadku opisanym chory po uprzedniem długotrwałem pokasływaniu zapadł nagle na ostrą chorobę wśród objawów gwałtownego kaszlu, bólu, gorączki, ogólnego osłabienia, do których po kilku dniach dołączyło się odpluwanie cuchnącej plwociny, objawu zgorzeli dróg oddechowych. Zgorzel płuc w prze-

biegu spraw zapalnych oskrzeli i płuc występuje stosunkowo rzadko. Zgodnie z dotychczasowem doświadczeniem powikłanie to nie jest zależne od pewnych odrębnych właściwośsi pierwotnego ogniska płuc, t. j. ani swoistość określonego zarazka, ani też przebieg choćby najbardziej długotrwały zapalenia nie wpływają na powstawanie zgorzeli, która, jak wiadomo, dołączać się może do zapaleń ogniskowych najróżnorodniejszego pochodzenia, jako też, co miało miejsce w ostatniej epidemji grypy, występować w jednych a nie stanowić powikłania w innych przypadkach pod względem etjologicznym jednakowych. Nieodzownym natomiast warunkiem powstawania ograniczonej zgorzeli płuc jest obecność w oskrzelu przeszkody, upośledzającej przenikanie powietrza do uległego uprzednio zapaleniu odcinka płuc. Przeszkoda ta warunkowana jest zwężeniem oskrzela, wywołanem bądź przez ciało obce, bądź też powstałem w sposób dokładnie nieznany wskutek nacieczenia błony śluzowej w stopniu zamykającym wnętrze rury oskrzelowej. Powstawanie tego rodzaju wyjątkowych nacieczeń w przebiegu ogniskowego zapalenia płuc znajduje się nieraz w związku z niektóremi cierpieniami odznaczającemi się szczególną właściwością wytwarzania rozległych, głębokich i długotrwałych nacieczeń, do tych należy: cukrzyca, syfilis. W opisanym przypadku za moment jeżeli nie wyłączny to jednak sprzyjający powikłaniu ogniskowego zapalenia płuc i oskrzeli zgorzelą uważać należy prewdopodobne zachłyśnięcie się chorego podczas ataku padaczki. Wchłonięcie materjału zakażonego wywołało z jednej strony zapalenie oskrzeli i płuc o silnem natężeniu, z drugiej strony, być może, cząstki pokarmowe lub płynne spowodowały po zatrzymaniu na pewnej głębokości oskrzela wspólnie z nacieczeniem o niezwykłem natężeniu błony śluzowej zatkanie oskrzela, jego niedrożność, wytwarzając przez to warunek niezbędny do rozwoju zgorzeli. Bez zwężenia zachłyśnięcie, co ma miejsce w wielu przypadkach, w skutkach dorowadziłoby do ogniskowego zapalenia płuc, niedrożność oskrzela dała powód do powikłania zgorzelą.

Policjant lat 32 z Sochaczewa, Nr księgi chorych 88, przesłany dn. 9.V.23 z kliniki wewnętrznej po 2 tygodniowym tam pobycie z ropoznaniem „Bronchopneumonia gangraenosa". Choroba powstała nagle przed 6-ciu tygodniami dreszczami, kaszlem, uczuciem ogólnego rozłamania i bólem w prawym boku. Po tygodniu dołączyło się odpluwanie cuchnącej plwociny. Gorączka w dniu przybycia na klinikę 38.5 wieczorem, napady kaszlu częste, podczas napadu wykrztuszanie ropnej cuchnącej plwociny w niewielkiej ilości.

Badanie klatki piersiowej wykazało objawy prawostronnej odmy piersiowej, wytworzonej stucznie według sprawozdania z kli-

niki wewnętrznej dwukrotnie w celach leczniczych. Rentgenografja stwierdziła umiarkowaną ilość powietrza w przestrzeni opłucnej oraz ognisko w środkowym płacie prawego płuca.

Bronchoskopja została wykonana dnia 11.V. W krtani, tchawicy, bardziej w oskrzelu głównym prawym przekrwienie błony śluzowej. W oskrzelu drugorzędnym, dolnym, tuż pod podziałem głównego oskrzela, natrafiono na przeszkodę, zwężającą wnętrze oskrzela, utworzoną przez nacieczenie pierścieniowate, gładkie, znacznie ukrwione, z otworem zapadniętym, nieco lejkowato wciągniętym ku dołowi. Wprowadzenie zgłębnika w sposób wyżej opisany, w kierunku wgłębienia, wywołało gwałtowny napad kaszlu i napływ ropnej zawartości, niezwykle cuchnącej. Po złagodzeniu odruchów kaszlowych bronchoskop, posunięty niżej, uwidocznił wnętrze drugorzędnego oskrzela, bardzo przekrwione, drożne.

Skuteczność zabiegu zaznaczyła się wyraźnie już podczas następnych dni obniżeniem ciepłoty do 37.5 max., mniej częstymi i krócej trwającymi napadami kaszlu. Odpluwanie bardziej obfitej niż dotychczas plwociny cuchnącej nie ustało.

Po kilkakrotnie stosowanej w kilkodniowych odstępach czasu bronchoskopji ciepłota wróciła do normy, kaszel wraz z odpluwaniem niewielkiej ilości wydzieliny niecuchnącej zjawiał się rzadko, zaledwie kilka razy w ciągu doby.

Po 4 tygodniowym, do 8.VI, pobycie chorego w klinice badanie wykazało nieznaczne stłumienie na linji pachowej prawej tylnej na wysokości kąta łopatki, zaznaczone na kliszy rentgenograficznej ciemną plamą, ograniczoną do wymiarów mniej więcej 3 ctm. obwodu.

Chory H. S. ślusarz z Warszawy l. 48, Nr księgi chorych 44, przesłany z kliniki II-ej wewnętrznej dnia 23.II.23, zgłosił się do szpitala z powodu kaszlu i odpluwania cuchnącej wydzieliny. Choroba zaczęła się przed 3-ma miesiącami bólem gardła, który, gwałtownie wzmagając się, już następnego dnia uniemożliwił zupełnie przełykanie pokarmów stałych i płynnych. Stan taki trwał tydzień, minął nagle w nocy po napadzie duszenia się i gwałtownego kaszlu oraz następnem odpluwaniu ropnej zawartości. Po upływie doby powstał raptownie ból w boku prawym, dreszcze i mocny kaszel, a po kilku dniach dołączyło się wykrztuszanie cuchnącej plwociny, zwłasza b. częste w nocy podczas leżenia na lewym boku.

Rentgenografja wykazała w obrębie prawego płata płucnego, tuż koło wnęki, owalne zaciemnienie, wśród którego widoczną była jaśniejsza plama wielkości około 3 ctm.

Badanie fizykalne klatki piersiowej stwierdziło w okolicy międzyłopatkowej prawej na wysokości połowy łopatki stłumienie,

nie dochodzące ku dołowi do kąta łopatki, szerokości 4-ch palców od kręgosłupa z oddechem oskrzelowym b. osłabionym. Brouchoskopja, wykonana 28/II, ujawniła w oskrzelu drugorzędnym niżej podziału nacieczenie błony śluzowej, zwężające wnętrze oskrzela z widocznym pośrodku niewielkim otworem, z którego podczas kaszlu napływało nieco wydzieliny. Zgłębnik wprowadzony w otwór spowodował obfite wykrztuszenie niezwykle cuchnącej płynnej, krwią zabarwionej, ropnej zawartości oraz gwałtowny kaszel. Podczas następnych 5-ciu dni stan chorego nie uległ wyraźnej zmianie również i po drugiej, dnia 4/III dokonanej broncloskopji, ciepłota na wysokości 38—39, kaszel i odpluwanie cuchnące utrzymywały się w nasileniach dotychczasowych.

Dnia 10/III po dokładnem znieczuleniu, podczas szczegółowego badania, połączonego z częstemi przeszkodami, warunkowanemi stałym napływem z głębi wydzieliny do rury bronchoskopowej, dało się stwierdzić poniżej wykazanego uprzednio zwężenia masę tkanki ziarniowej przylegającej do wewnętrznej powierzchni wnętrza oskrzela. Po usunięciu ziarniny powstało b. obfite wykrztuszanie zakrwawionej, niezwykle cuchnącej, płynnej zawartości ropnej.

Dopiero ostatni zabieg wywołał pożądany skutek. Od tego czasu wraz ze spadkiem stopniowym podczas kilku dni ciepłoty do granic normalnych oraz złagodzeniem napadów kaszlu, zwłaszcza w nocy, szybko powstała poprawa w stanie ogólnym chorego. Cuchnienie wydzieliny trwało jednak jeszcze przez kilka tygodni, aż do ostatniej wykonanej dnia 10/IV bronchoskopji. Badanie rentgenograficzne w dniu odejścia chorego z kliniki wykazało nieznaczne zaciemnienie pola płucnego wielkości 3 ctm w okolicy prawej wnęki.

W przypadku tym nacieczenie błony śluzowej, odpowiadające zmianom właściwym ogniskowemu zapaleniu płuc, wzmogło się i rozwinęło szybko, w stopniu zwężającym oskrzele, prawdopodobnie w zależności od wchłonięcia do dróg oddechowych ropnej zawartości z opróżnionego ropnia gardzielowego.

W 4-ym przypadku u kupca zbożowego l. 34 zgorzel płuca wystąpiła w przebiegu ostrego ogniskowego zapalenia płuc w 3-im tygodniu choroby. Do objawów wysokiej stałej gorączki, męczącego kaszlu dołączyło się odpluwanie cuchnącej wydzieliny.

Badanie klatki piersiowej dokonane w dniu zgłoszenia się chorego do kliniki w 6-ym tygodniu od początku choroby wykazało ognisko zapalne w płucu pod lewą pachą między 4-em a 7-em żebrem, ujawnione również wyraźnie na kliszy rentgenograficznej. W obrazie bronchoskopowym widoczne było zwężenie w połowie długości drugorzędnego oskrzela, wywołane

przez nacieczenie błony śluzowej. Po kilkakrotnych zabiegach, stosowanych w określonych odstępach czasu w sposób wyżej opisany, cuchnienie plwociny ustało, ciepłota obniżyła się do normy, kaszel nieznaczny występował bardzo rzadko, stan ogólny chorego, uprzednio bardzo wyniszczonego, uległ całkowitej poprawie.

W 5-ym przypadku chory N. l. 40 pośrednik handlowy, leczony ambulatoryjnie, zgłosił się ze skargą na odpluwanie cuchnącej wydzieliny, które dołączyło się w 3-im tygodniu choroby, powstałej przed 2-ma laty nagle wśród objawów: bólu w boku, dreszczów, kaszlu i gorączki. Po upływie 6-ciu tygodni chory poprawił się o tyle, że mógł oddawać się swym zajęciom zawodowym; cuchnienie i kaszel napadowy nie znikły jednak, do obecnej chwili trwają w ciągu prawie 2-ch lat, również i ciepłota nie wróciła do normy, utrzymując się stale w granicach 36.5—37.4—37.5.

Badanie klatki piersiowej wykazało w dolnych częściach z prawej strony w bliskości kręgosłupa ognisko zapalne, zaznaczone na kliszy rentgenograficznej zaciemnieniem pola płucnego w kształcie poprzecznej owalnej plamy wielkości około 5 ctm. W obrazie bronchoskopowym stwierdzone zostało w górnej części prawego trzeciorzędnego oskrzela, tuż pod podziałem drugorzędnego, zaleganie masy wypełniającej wnętrze oskrzela.

Po wprowadzeniu zgłębnika, do oznaczonego miejsca, powstał gwałtowny kaszel wraz z wykrztuszaniem ropnej niezwykle cuchnącej, mocno zakrwawionej wydzieliny. Po złagodzeniu odruchów kaszlowych udało się dojrzeć nacieczenie mocno przekrwionej błony śluzowej oskrzela, w miejscu odpowiadającem zaleganiu masy, zamykającej wnętrze oskrzela, które i tym razem okazało się zwężone przez nacieczoną błonę śluzową.

Poza objawami zależnymi od cierpienia płuc chory wykazywał znaczne upośledzenie słuchu, stopniowo rozwijające się, według zeznań chorego, od 8-iu lat. Badanie narządu słuchowego wskazywało obecność zaburzeń powstałych w związku z zakażeniem kiłowem. Na skutek wyniku badań potwierdzających rozpoznanie, zastosowanie właściwego leczenia nietylko doprowadziło do polepszenia słuchu lecz i do poprawy zaburzeń zależnych od zmian w drogach oddechowych. W krótkim czasie kaszel i odpluwanie cuchnącej plwociny ustały całkowicie.

W przypadku tym zgorzel płuc dołączyła się w następstwie niedrożności oskrzela, warunkowanej wzmożeniem się nacieczenia błony śluzowej, powstałego początkowo w zależności od ostrego ogniskowego zapalenia płuc i oskrzeli.

Spotęgowanie i następne przez długi czas utrzymywanie się nacieczenia w stopniu zwężającym oskrzele wywołane zostało w danym przypadku dzięki zakażeniu kiłowemu.

W przypadkach omówionych bronchoskopia spełniła dwojakie zadanie: djagnostyczne i terapeutyczne. Bronchoskop właściwie skierowany, dając obraz dokładny zmian, umożliwia zarazem usunięcie przeszkody, powraca drożność oskrzela, ułatwia wykrztuszenie nagromadzonej zawartości szkodliwej, wytwarza normalne warunki wentylacji w części płuc uległej zgorzeli. Przypadki samoistnego wyleczenia zgorzeli ograniczonej płuc bez bronchoskopji znane są klinice. Nie wchodzi tu oczywiście w grę skuteczność podawanych w rozmaitv sposób t zw. środków odkażających. Zapewne w tych przypadkach zgorzel powstaje również w sposób wyżej opisany t. j. w następstwie zwężenia oskrzela, które tym razem trwa niedługo, zmniejsza się albo nawet znika i wtedy pod wpływem normalnego dopływu powietrza ustępuje również zgorzel, jako powikłanie, powstałe dzięki dołączeniu się dodatkowych, sprzyjających dla jej rozwojowi warunków.

W ostatnich czasach, opierając się na skutecznem poniekąd swoistem działaniu Neosalvarsanu w cierpieniach wywołanych przez pewne odmiany pierwotniaków, starano się wprowadzić środek ten również i do terapji zgorzeli płuc, wywołanej, zdaniem niektórych lekarzy, przez pewien rodzaj bliżej nieokreślony krętków. Próby podjęte w tym kierunku w większości okazały się zawodne. Wyniki zaś pomyślne raczej odnieść należy bądź do przypadków cuchnącego nieżytu oskrzeli, cierpienia kończącego się zazwyczaj pomyślnie bez specjalnych środków i zabiegów, bądź do rzadkich postaci zgorzeli ograniczonej płuc o etjologji kiłowej, bądź wreszcie skuteczne działanie Neosalvarsanu tłomaczyć się daje własnością jego tonizującą w okresie zanikania objawów zgorzeli płuc.

Niektórzy autorowie podają pomyślne wyniki leczenia zgorzeli płuc odmą piersiową sztuczną. Wytworzenie odmy sztucznej może być skuteczne jedynie w przypadkach przewlekłego uległego zgorzeli rozszerzenia oskrzela (bronchiectasia) w obecności szczególnie pomyślnych, rzadko jednak spotykanych warunków, wtedy mianowicie, kiedy płuco wolne od zrostów da się ucisnąć, a jama doprowadzić do zapadnięcia. W zgorzeli ograniczonej płuc, co również miało miejsce w 3-ch pierwszych omawianych przypadkach, odma sztuczna nie daje wyników pożądanych. Jedynie bronchoskopja uważana być może za zabieg skuteczny jako postępowanie celowe w myśl wypowiedzianego na patogenezę ograniczonej zgorzeli płuc poglądu.

DOKŁADNE BADANIE OSTROŚCI SŁUCHU.

Podał Dr **Henryk LEWENFISZ**, asystent kliniki.

Dotychczasowe metody badania słuchu, uzależniając wynik badania od tak zmiennych czynników jak słuch badającego, siła szeptu, dźwięk zegarka lub siła uderzenia przy badaniu stroikami, nie dawały nam wartości stałych i nie pozwalały na ścisłe badanie osiągniętych przez rozmaitych badaczy rezultatów. Dla usunięcia tych błędów wprowadziliśmy w naszej klinice metodę, którą by można porównać do metody określenia hemoglobiny we krwi sposobem Saliego. Jak w powyższej metodzie określamy ilość hemoglobiny w procentach, przyjmując normalną jej ilość za 100, tak w zastosowaniu do badania słuchu przyjmujemy za 100 słuch normalnie słyszącego, określając w procentach słuch badanego.

Badanie odbywa się zapomocą stroików w następujący sposób: sprowadzając w drganie widełki, lekarz zaznacza zapomocą sekundomierza chwilę uderzenia, a następnie, przystawiając stroik do ucha chorego tuż przy małżowinie, notuje chwilę, w której chory przestał słyszeć drgania stroika. Wtedy drgające jeszcze widełki przysuwa do swego ucha i oznacza czas kiedy przestał słyszeć. Przypuśćmy, iż od chwili wprowadzenia w drganie widełek do chwili gdy je chory przestał słyszeć upłynęło t^{ch} sekund, a do chwili gdy je lekarz przestał słyszeć t^{e} sekund, wówczas stosunek słuchu chorego do słuchu lekarza wynosi $\frac{t^{ch}}{t^{e}}$, a wyrażając to w odsetkach otrzymamy $\frac{t^{ch}}{t^{e}} \cdot 100\%$ (I). Wzór ten nie daje nam jednak wartości stałych, gdyż uzależnia otrzymany wynik od słuchu lekarza, który przecież może ulegać wahaniom w dość szerokich granicach. Dla zaradzenia temu określamy słuch lekarza w procentach normalnego słuchu, przyjmując ten ostatni za sto i porównywając słuch lekarza ze słuchem normalnie słyszącego osobnika ew. kilku osobników o słuchu normalnym, określamy odchylenie jego od normy t. j. jego poprawkę. Jeżeli lekarz słyszy drganie widełek w ciągu t^{e} sekund od chwili uderzenia, a osobnik normalny w ciągu t^{n} sekund od tej samej chwili, to stosunek ich słuchu wynosi $\frac{t^{e}}{t^{n}}$, czyli słuch lekakarza wynosi $\frac{t^{e}}{t^{n}} \cdot 100\%$ normalnego słuchu, a odchylenie jego

od normy wynosi $100\% - \frac{t^e \, 100\%}{t^n} = p\%$ (poprawka) dla danego stroika. W zależności od tej poprawki słuch lekarza przedstawia jako $\frac{t^e \, . \, 100}{100 - p}\%$ normalnego słuchu.

Wzór (I) $\frac{t^{ch} \, . \, 100}{t^e}$ określa nam słuch chorego w procentach słuchu lekarza, a ponieważ wyraziliśmy ten ostatni w procentach normalnego słuchu, więc podstawiając do wzoru (I) znalezioną dla t^e wartość, otrzymamy:

$$\frac{t^{ch} \, . \, 100}{t^e} = \frac{t^{ch} \, . \, 100}{\frac{t^e \, . \, 100}{100 - p}} = \frac{t^{ch} \, . \, (100 - p)}{t^e}\% \text{ normalnego słuchu} \quad (II)$$

o ile lekarz ma słuch normalny $p = 0$ i wzór II będzie się przedstawiał jako $\frac{t^{ch} \, . \, 100}{t^e}$ (III).

W ten sposób przeprowadzamy badanie dla całego szeregu stroików, a zaznaczając na osi odciętych wysokość tonu, a na osi rzędnych procent słuchu danego osobnika dla różnych stroików, otrzymamy krzywą słuchu badanego ucha.

Przykład: Jeżeli chory słyszy drgania stroika C_{32} w ciągu 20″ (t^{ch}), a lekarz w ciągu 60″ (t^e) od chwili uderzenia widełek i jeżeli „p” dla danego stroika wynosi 10%, to podstawiając te wartości do naszego wzoru II otrzymamy

$$\frac{t^{ch} \, (100 - p)}{t^e} = \frac{20 \, . \, (100 - 10)}{60} = 30\%$$

a więc badany ma dla danego stroika 30% normalnego słuchu. Wykreślając w powyższy sposób krzywe słuchu przy rozmaitych zaburzeniach otrzymaliśmy b. interesujące wyniki.

Krzywa № 1 jest krzywą słuchu jednego z kolegów, u którego po przebytym tyfusie plamistym wystąpiło osłabienie ostrości słuchu. Mając swoją krzywą lekarz ten może zawsze wykreślić krzywą słuchu badanego chorego, określając słuch jego w procentach normalnego słuchu.

Tablica 2 przedstawia krzywe dla obu uszu u chorego (B. E.) na przewlekłe obustronne zapalenie ucha środkowego z zaostrzeniem procesu w uchu prawym.

Tablica 3 krzywa słuchu chorego St. K. perlak i ropień podoponowy.

Tablica 4 chory K. W. podostre zapalenie ucha środkowego.

Jak widać z tablic 2, 3 i 4 w zaburzeniach ucha środkowego mamy wyraźne osłabienie słuchu nietylko dla niskich tonów ale i dla wysokich z optimum słuchu dla stroików średnich od C_{512} — $C_{1.24}$.

Tablica 5 Cerumen. Krzywa I oznacza słuch przed, a krzywa II po przepłukaniu ucha. Na pierwszej widzimy wyraźne obniżenie słuchu zarówno dla niskich jak i dla wysokich tonów z optimum słuchu dla tonów średnich, z krzywej zaś II widzimy, iż wskutek podrażnienia błony bębenkowej przez przemycie, niskie tony nie osiągnęły jeszcze normy podczas gdy wysokie już osiągnęły 100%. Następnego dnia po przemyciu krzywa osiągnęła normę.

Tablica 6. Dwie krzywe, które są wykresami bezpośrednio po sobie następujących badań u tego samego osobnika tego samego ucha w którym stwierdzaliśmy jedynie zaczerwienienie błony bębenkowej. Słyszał on za każdym razem inaczej, a więc zła wola lub symulacja, gdyż rzeczywiste upośledzenie słuchu da za każdym razem w bezpośrednio po sobie następujących badaniach taki sam wykres. I w istocie obserwacja chorego wykazała, że przytępienie słuchu w danym wypadku było symulowane i zaczerwienienie błony bębenkowej było wywoływane sztucznie.

Widzimy więc, iż krzywe nasze mają znaczenie nie tylko porównawcze ale i djagnostyczne.

Badanie w ten sposób dokonane wolne jest od błędów zależnych od przytępienia słuchu lekarza, gdyż może wprowadzić poprawkę, nie zależy od siły uderzenia stroika, gdyż stosunek pozostaje zawsze ten sam. Błąd zależy jedynie od uwagi i dlatego też zaleca się uderzać stroik mocniej, tak jednak aby nie było przydźwięków, gdyż przy dłuższym czasie słyszenia błąd ten będzie mniejszy.

O ROZPOZNAWANIU I TERAPII CIAŁ OBCYCH W OSKRZELACH.

Podał Dr Jerzy **ROGOZIŃSKI**, st. asystent kliniki.

Endoskopja, udostępniająca szczegółowe oględziny tchawicy i oskrzeli, staje się często jedynym środkiem rozpoznawczym, i od czasu wprowadzenia tracheobronchoskopu stale zwiększa się liczba opisywanych cierpień tchawicy, oskrzeli i płuc, w których dotychczasowe sposoby badania zupełnie zawodziły i nie wyjaśniały właściwej istoty schorzenia; pozatem ona jedynie umożliwia wykonywanie celowych zabiegów chirurgicznych, polegających na usuwaniu nowotworów, nacieczeń zapalnych, blizn i błon, zwężających światło tchawicy lub oskrzela, nakoniec ciał obcych, wchłoniętych do dróg oddechowych.

Jakkolwiek bronchoskopja w klinikach nowoczesnych laryngologicznych nie stanowi zabiegu wyjątkowego, to jednak w klinice naszej, dzięki nagromadzeniu odpowiedniego materjału, niespotykanego w innych zakładach, stała się zabiegiem powszednim, wykonywanym bez mała codziennie w celach rozpoznawczych, jakoteż i terapeutycznych, przytem w niektórych cierpieniach przewlekłych—twardziel dróg oddechowych głębszych—uważana jest za jedyny sposób racjonalny w leczeniu tych spraw.

Po za tem ciężkiem cierpieniem tracheobronchoskopja w klinice laryngootjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego znalazła zastosowanie w przypadkach ciał obcych, guzów i zgorzeli płuc.

Ciała obce, uwięzgnięte w drogach oddechowych, doprowadzające nieraz do zmian następczych w płucach bardzo ciężkich, przed erą bronchoskopową należały do przypadków zazwyczaj kończących się niepomyślnie. Bronchoskopja, o czem była już mowa, radykalnie wpłynęła na wynik zachorowań od ciał obcych—obecnie prawie wszystkie przypadki w porę ujęte kończą się pomyślnie. Całe szeregi najrozmaitszych ciał obcych, w okresie wczesnym czy też późnym, wikłanych lub nie sprawami w płucach mniej lub bardziej rozległemi znane są w literaturze. Jeżeli przypadki niżej opisane podajemy do wiadomości, to w celu wykazania pewnych nastręczających się trudności samego zabiegu lub też ze względu na przejawy, jakie towarzyszyły zaleganiu obcego ciała w oskrzelach, wreszcie z powodu niektórych trudności rozpoznawczych w wykazaniu obecności w drogach oddechowych ciała obcego.

№ porządk.	N. N. chor.	Wiek	Płeć	Okres zalegania	Rodzaj ciała	Umiejscowienie	Wynik prześwietlania Raeutgen.	Wynik badania fizykalnego	Rodzaj bronchoskopji
1.	D. F. № ks. ambul. 3	56	K	8 tygodni	kość	prawe oskrzele główne	ujemny	Osłabienie oddechu, stłumienie i zmniejszenie drżenia od połowy łopatki ku dołowi. Świsty i furczenia na całej przestrzeni prawej klatki piersiowej.	górna
2.	W. W. № ks. klin. 151	5	M	4 tygodnie	pestka od wiśni	prawe oskrzele główne	ujemny	Osłabienie oddechu i na całej przestrzeni prawej klatki piersiowej. Na przestrzeni całej klatki piersiowej świsty	dolna
3.	A. M. № ks. chorych 2796	60	K	5 tygodni	kość	lewe oskrzele główne	ujemny	Osłabienie oddechu, stłumienie brak drżenia w dolnej połowie lewej strony klatki piersiowej.	górna
4.	C. W. № ks. chorych 1286	37	K	3 tygodnie	ość rybia	prawe oskrzele główne	ujemny	Nieznaczne świsty w okolicy prawej górnej części mostka.	górna
5.	S. S. № ks. chorych 627	12	M	5 dni	pluskiewka	lewe oskrzele drugorzędne	dodatni	Osłabienie oddechu i nieznaczne stłumienie pod lewą łopatką.	dolna

W dwuch przypadkach usunięto ciała obce za pomocą tracheobronchoskopji dolnej. Według doświadczeń zgodnych wielu autorów u dzieci małych nie da się wykonać tracheobronchoskopji górnej

z powodu trudności techniczaych. Gdyby nawet, co może mieć miejsce, zabieg drogą naturalną mógł być uskuteczniony, to jednak ze względu na przewidywane długie zaleganie rury w krtani łatwo powstałby obrzęk błony śluzowej bardzo wrażliwej, a stąd konieczność, co istotnie nieraz się zdarzało, wykonania następczej tracheotomji nawet po udanem drogą tracheobronchoskopji górnej usunięciu ciała obcego.

Radzą też ogólnie, aby u dzieci małych do lat 6-ciu stosować jedynie tracheobronchoskopję dolną. Według naszych doświadczeń wiek dziecka należy nieco przesunąć nawet do lat 12-tu. W drugim bowiem przypadku (p. Nr 5) (i w kilku innych z lat dawnych), pomimo udanego bez szczególnych przeszkód wprowadzenia bronchoskopu przez jamę ustną i przy stosunkowo spokojnem zachowaniu się dziecka 12 letniego, bronchoskopja, zastosowana w celu wydobycia zalegającego w głównem oskrzelu ciała obcego, została bez wyniku przerwana po 15 minutach. W kilka godzin po zabiegu wystąpiła gwałtowna duszność wskutek zwężenia krtani. Po wykonanej tracheotomji w przypadku tym za pomocą bronchoskopji dolnej po 1½ godzinnym zabiegu wydobyto ze znacznemi trudnościami obce ciało, tym razem umiejscowione na podziale drugorzędnego oskrzela. Prawdopodobnie podczas pierwszej bezpośredniej tracheobronchoskopji wskutek gwałtownych ruchów kaszlowych miało miejsce wpadnięcie ciała obcego do niższych oskrzeli, co zresztą wykazane zostało za pomocą bezpośrednio po zabiegu wykonanego prześwietlenia, które stwierdziło umiejscowienie pluskiewki w dolnych częściach lewego płuca. Umiejscowienie głębokie pluskiewki w oskrzelu małego kalibru, pozatem napływ stałej ropnej wydzieliny z zapalnych ognisk płuca, zasłaniającej ograniczone pole widzenia stanowiły wielką przeszkodę do uchwycenia wzrokiem obcego ciała oraz usunięcia w właściwym momencie za pomocą odpowiedniego przyrządu.

Choć rozpoznanie ciał obcych w oskrzelach naogół nie przedstawia większych trudności, to jednak, również i w naszych przypadkach, zależnie od powikłań następczych, czy też wskutek braku dokładnej odpowiedzi, jaką zwykle dostarczają niektóre, uważane za dość pewne, metody rozpoznawcze, czy też w związku ze szczególnym, odbiegającym od zwykłege typu, przebiegiem sprawy w drogach oddechowych, wywołanej przez uwięzgnięte w oskrzelu ciało obce, mogą powstać nawet wyraźne wątpliwości co do istoty cierpienia, jego patogenezy i wreszcie samego rozpoznania.

Ważną pomoc w wykazaniu obcego ciała stanowi prześwietlenie promieniami Roentgena. W 4-ch przypadkach na kliszy obce ciało nie zostało utrwalone, nawet, jak w przypadku pierw-

szym po kilkakrotnem prześwietleniu. Pomijając obce ciała, które, jak w naszym przypadku, pestka, nigdy nie występują na kliszy to jednak, również w wszystkich trzech przypadkach, dotyczących kości, wynik prześwietlania był ujemny, chociaż kości należą do kategorji ciał uchwytnych na kliszy, tembardziej, że rozmiar dwuch kostek był dość znaczny, a umiejscowienie ich w oskrzelu głównem dla utrwalenia dość pomyślne. Prawdopodobnie wyniki ujemne dla tych ciał obcych powstają od niekorzystnego ułożenia kostek w stosunku do szkieletu i innych narządów klatki piersiowej, lub też być może ukryte w nacieczonej, nieraz ropną zawartością przepełnionej tkance płuc kości nie mogą dać wyraźnych kontrastów. Pozatem umiejscowienie ciała obcego w oskrzelu lewem jest pod względem rentgenograficznym mniej pomyślne, ponieważ duży narząd mięśniowy, jakim jest serce, rzucając rozległy cień, może całkowicie przesłonić zarysy obcego ciała. Równie niekorzystnie wpływa na wynik rentgenograficzny, gdy ciało obce znajduje się bezpośrednio za żebrem lub w niedalekiem sąsiedztwie kręgosłupa, co mogło mieć miejsce w naszych przypadkach, zwłaszcza w tym, gdzie ciałem obcem była o nikłej budowie i nieznacznych rozmiarach ość rybia.

Nieocenione dane w rozpoznaniu ciał obcych dostarczają wywiady, bardziej cenne, jeżeli pochodzą od ludzi dorosłych, — mniej, jeżeli od dzieci lub od ich opiekunów.

Zaburzenia gwałtowne, powstałe w chwili wpadnięcia obcego ciała, powszechnie znane, w przejawach swych tak są charakterystyczne, że często na skutek samych skarg chorego, w sposób właściwy zaznaczonych, da się bez pomocy innych metod i nawet w braku dodatkowych objawów, zwłaszcza w okresie początkowym, skierować rozpoznanie obcego ciała w oskrzelu.

Wymownym dowodem jest przypadek Nr 4, gdzie chora wyraźnie zaznaczała, że podczas spożywania obiadu zachłysnęła się ością rybią — dostała gwałtownego kaszlu, duszności i w krótkim czasie krwioplucia oraz bólu w okolicy górnej mostka. Kaszel w stopniu łagodniejszym, wyraźniej występujący podczas ruchu or z ból niestały trwały do chwili zgłoszenia się na klinikę, t. j. w ciągu 3 ch tygodni. W okresie tym, skargom wypowiadanym kilkakrotnie przez chorą, nie przypisywano szczególnej wagi; kaszel i krwioplucie uzależniono od sprawy kataralnej dróg oddechowych, gdyż objawy, właściwe zatkaniu oskrzela, nie przedstawiały się charakterystycznie, jedynie świst na ograniczonej przestrzeni w górnej części klatki piersiowej u brzegu mostka, zwłaszcza podczas wdechu, mógł do pewnego stopnia naprowadzać przypuszczenie obecności przeszkody w oskrzelu głównem prawem. W braku dodatniego wyniku prześwietlenia oraz wyraźnych objawów fizykalnych jakoteż jakichkolwiek powikłań, zależ-

nych od dłużej zalegającego obcego ciała w oskrzelu (chora w ciągu 3-ch tygodni nie gorączkowała), jedynie na zasadzie wywiadów, t. j. stanowczego twierdzenia chorej, że wchłonięcie obcego ciała (ości rybiej) miało miejsce, że przedtem zupełnie zdrowa, dopiero od chwili wypadku zaczęła kaszlać, odczuwać bóle stałe w tem samem miejscu, wykrztuszać od czasu do czasu w niewielkiej ilości plwocinę zabarwioną, zastosowano bronchoskopję górną i stwierdzono obce ciało w głównem oskrzelu tuż pod podziałem, które zostało usunięte bez jakichkolwiek trudności. Obce ciało okazało się ością rybią o kształcie trzonu kręgowego z dwoma wyrostkami. Ułożenie obcego ciała w oskrzelu było takie, że trzon kręgowy ości opierał się o ścianę wnętrza oskrzela, a dwa rozwidlone wyrostki o przeciwległą. Nie było więc przeszkody w przechodzeniu powietrza, a tem samem zwężenia oskrzela, które samo przez się odrazu daje odpowiednie objawy a w następstwie również szereg rozmaitych powikłań, zaznaczających się w sposób wiadomy właściwemi fizykalnemi cechami.

Ważność wywiadów w przypadku tym zaznaczyła się wyraźnie, a bronchoskopja okazała się metodą jedyną, potwierdzającą rozpoznanie, uprzednio dokonane na zasadzie tylko skarg chorej.

W drugim przypadku (Nr 5), wyżej wspomnianym, właściwe rozpoznanie dokonane zostało na zasadzie wyniku rentgenografji. Wywiady, pochodzące od dziecka, były niejasne, jedynie zarys obcego ciała (metalowej pluskiewki) na kliszy dał odpowiedź pewną i w zupełności tłomaczył objawy i zmiany obecne u chorego, zależne od zalegania obcego ciała w oskrzelu.

W braku danych na kliszy oraz pewnych wywiadów należy w rozpoznawaniu kierować się innymi objawami, które, zależnie od kształtu, rozmiaru, ułożenia w oskrzelu ciała obcego, jego umiejscowienia oraz okresu zalegania, mogą przedstawiać się najrozmaiciej, zwykle jednak do pewnego stopnia w sposób właściwy dla przebiegu spraw, wywołanych przez zwężenie oskrzela, względnie zwężenie, warunkowane ciałem obcem.

W przypadku № 1 ani wynik rentgenografji, ani też wywiady nieścisłe nie wskazywały na pochodzenie zmian w płucach w związku z obcem ciałem, zalegającem w oskrzelu od 8 tygodni. Jakkolwiek w wywiadach chorej, oddawna dotkniętej rozedmą płuc w połączeniu z kaszlem i odpluwaniem, zaznaczony był moment zachłyśnięcia się podczas jedzenia, to jednak objawy, towarzyszące zachłyśnięciu okazały się niezbyt wyraźne: nie było nagłej duszności, zwykle w tych razach występującej, ani też bardzo gwałtownego skurczowego napadu kaszlu. Ponieważ z wypadkiem tym chora łączyła początek obecnego cierpie-

nia i stałą podwyższoną temperaturę, jakoteż ogólny upadek sił, poddano przeto chorą prześwietleniu. Wobec ujemnego na obecność obcego ciała wyniku rentgenograficznego i stwierdzenia dość rozległego zapalnego, ogniska płuc, zalecone zostało leczenie klimatyczne w sanatorjum, które w ciągu 6-iu tygodni nie dało poprawy: kaszel stały, odpluwanie obfite, temperatura w stopniu 37.5—38.5 trwały bez zmiany. Po 8-iu tygodniach od zaznaczonego momentu zachłyśnięcia chora zgłosiła się do kliniki. Badanie rentgenograficzne i tym razem nie wykazało obcego ciała w drogach oddechowych. Natomiast wyraźne osłabienie oddechu po stronie prawej, poczynając od połowy łopatki ku dołowi, stłumienie na tej przestrzeni i zmniejszenie znaczne drżenia klatki piersiowej przy ujemnym wyniku przekłucia klatki na obecność płynu wskazywały zależność objawów tych od nacieczenia tkanki płucnej i zwężenia oskrzela. W związku ze stwierdzonemi zmianami były skargi chorej— stały kaszel, obfite odpluwanie, oraz stała gorączka, które trwały od 8-iu tygodni, od chwili zachłyśnięcia. Można więc było przypuszczać, że zwężenie oskrzela, wykazane drogą badania fizykalnego, nie było zależne od sprawy, rozwijającej się powoli i stopniowo, że musiało ono powstać nagle a więc prawdopodobnie przyczyną mogło być wpadnięcie obcego ciała do oskrzela w chwili, zaznaczonej przez chorą, podczas spożywania pokarmów. Opierając się na objawach przedmiotowych badania klatki piersiowej,. pomimo ujemnego wyniku rentgenograficznego i niewyraźnych a tak cennych danych wywiadów, należało przypuszczać obecność ciała obcego w oskrzelu prawem głównem, które istotnie zostało stwierdzone za pomocą bronchoskopu i usunięte z górnej części prawego górnego oskrzela, wykazując kość o dość znacznych rozmiarach, wąską, długości 2,7 cm., ułożoną poprzecznie, nieszczelnie zatykającą wnętrze oskrzela, pozostawiając wolną szparę od przodu i od tyłu.

Podobnież i w przypadku Nr 3 u chorej lat 60 wyraźne objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej, powstałe w związku z zaleganiem obcego ciała, wchłoniętego przed 5-ma tygodniami w chwili spożywania pokarmów, w zupełności przemawiały za zwężeniem oskrzela: osłabiony znacznie oddech w dolnej połowie lewej strony klatki piersiowej, stłumienie i brak drżenia na tej przestrzeni. Prześwietlenie rentgenograficzne obcego ciała nie wykazało, natomiast potwierdziło wynik badania fizykalnego: obecność nacieczenia bez płynu w jamie opłucnej. Na zasadzie wyraźnych wywiadów i wyniku badania fizykalnego, pomimo braku danych prześwietlenia, obecność obcego ciała była niewątpliwa. Bronchoskopja wykazała kość w oskrzelu głównem lewem tuż pod podziałem, ułożoną poprzecznie, nieszczelnie zatyka-

jącą wnętrze, rozmiarów: długości 2 cm., szerokości 1,2 cm., w obu końcach dość ostrą.

W przypadku Nr 2 wchłonięcie pestki od wiśni przez dziecko 5-cio letnie zauważone zostało przez rodziców oraz podane były bardzo dokładne zaburzenia, które wystąpiły z chwilą wpadnięcia ciała obcego: gwałtowna duszność i kaszel, zależny od skórczu głośni i zatkania tchawicy w chwili przesuwania się pestki, a następnie łagodniej uwydatniające się po opuszczeniu się ciała obcego do oskrzela. Badanie fizykalne klatki piersiowej (klisza rentgenograficzna pestki nie uwydatniła) w 4 tygodnie po wypadku zupełnie dokładnie umożliwiło określenie miejsca zalegania ciała obcego, mianowicie w prawem oskrzelu głównem tuż pod podziałem, nie niżej. Przemawiało za tem osłabienie oddechu na całej połowie prawej klatki piersiowej. Gdyby pestka znajdowała się choć o kilka milimetrów głębiej, wtedy oddech w górnym płacie prawym byłby normalny, ponieważ oskrzele dla tego płata odchodzi od głównego oskrzela tuż pod podziałem tchawicy. Na miejscu osłabionego oddechu wyraźnie zaznaczone było stłumienie, jako objaw nacieczenia tkanki płucnej; wreszcie brak płynu, stwierdzony przekłuciem i prześwietleniem wraz z powyżej wskazanymi objawami wskazywały zwężenie oskrzela, zależne, w czem pomocne były wywiady, od ciała obcego.

Wydobycie pestek należy do zabiegów trudnych. W danym przypadku ułatwione zostało przez skrócenie drogi po wykonaniu tracheotomji, jakoteż wskutek zastosowania rury większego kalibru, dającej się wprowadzić łatwo przez otwór sztuczny w tchawicy.

W przypadkach podanych, ciała obce w 4-ch zalegały przez czas dłuższy, w jednym tylko 5 dni.

Dłuższe zaleganie ciał obcych tłomaczyć się daje nie uwzględnieniem w uprzednich badaniach danych wywiadów i tych charakterystycznych skarg na gwałtowne zaburzenia, powstałe zdaniem chorego lub otoczenia w związku z wpadnięciem ciała obcego do dróg oddechowych, co w następstwie, wobec przedłużania się cierpienia, zmusiło do wyszukiwania innych dowodów, a więc przedewszystkiem do prześwietlenia promieniami X, którego wynik, jak wiemy, często bywa zawodny. W braku tego dowodu, jakoby ostatecznie przekonywającego, dalsze badania zwykle nie naprowadzają na właściwą drogę rozpoznania. To też przypadki z długo zalegającemi ciałami obcemi w oskrzelach w okresie najrozmaitszych powikłań ze strony głębszych dróg oddechowych i płuc zdarzają się dość często. A i w tych powikłanych sprawach, nawet w braku cennych wywiadów da się na zasadzie oceny istniejących fizykalnych objawów oraz obrazu kliszy rentgenograficznej, nawet nie uwydatniającej obcego ciała, wyprowadzłć w wielu razach

właściwe rozpoznanie, wykazać przyczynowy związek istniejących zmian ze zwężeniem dróg oddechowych, jakoteż ustalić zależność zwężenia od ciała obcego, uwięzgniętego w oskrzelu.

Rzadkie są te przypadki, w których nie dałoby się dokonać rozpoznania bądź z charakterystycznych objawów, bądź z dodatniego wyniku kliszy lub wreszcie z badania fizykalnego klatki piersiowej, to jest gdzie jednocześnie wszystkie wymienione momenty byłyby nieobecne. Zazwyczaj choć jeden występuje wyraźnie i pozwala wskazać jako przyczynę tych zaburzeń, — ciało obce. W tych rzadkich przypadkach braku jakichkolwiek objawów bronchoskopja stanowi wyłączną metodę rozpoznawczą niezawodną. Jest ona zarazem jedyną metodą potwierdzającą rozpoznanie w tych przypadkach, gdzie uprzednio dokonane ono zostało na zasadzie bądź wywiadów, bądź kliszy, bądź badania fizykalnego.

BADANIE KRWI W TWARDZIELI.

Podał Dr **Henryk LEWENFISZ**, asystent kliniki.

Celem ustalenia morfologicznego obrazu krwi w twardzieli, podjęte zostały w klinice naszej odpowiednie w tym kierunku badania wszystkich przypadków twardzieli pewnych pod względem rozpoznawczym, gdyż potwierdzone przez badania bakterjologiczne, serologiczne (wiązanie dopełniacza) i histologiczne. Oprócz morfologicznego obrazu krwi zainteresowała nas w twardzieli tak niezmiernie aktualna obecnie sprawa opadania czerwonych ciałek. Do badania zastosowaliśmy metodę Westergrena.

Wyniki naszych spostrzeżeń są następujące: W obrazie krwi stałym towarzyszącym twardzieli objawem jest, jak i w innych zresztą sprawach zapalnych przewlekłych, wyraźna limfocytoza. W 18-u badanych przez nas przypadkach w 17-u ilość limfocytozów równała się od 43%—64% a tylko w jednym 29%. Zależnie od wahania procentowej ilości limfocytów ulegała zmianie ilość neutrofilów, natomiast ilość eozynofilów w żadnym z badanych przypadków nie przekraczała cyfr normalnych. Niezauważono również patologicznych form ani białych ani czerwonych ciałek krwi. Ogólna ilość białych ciałek nieco zwiększona — od 8.000 do 13.000 w 1 mm^3. Ilość hemoglobiny nie wykazywała żadnych odchyleń od normy. Ilość erytrocytów waha się również w granicach normalnych. To samo się tyczy lepkości i krzepliwości krwi. Badanie opadania krwinek dało w czystych niepowikłanych przypadkach twardzieli wartości normalne, godzinne wartosci nie przekraczały 9 mm. (W jednym wypadku, w którym wysokość

słupa równała się 26 mm. stwierdzono w płucach chorego zmiany gruźlicze). Wynik ten jest logicznym wynikiem klinicznego przebiegu twardzieli; wiemy przecież, że szybkie opadanie krwinek towarzyszy sprawom, w których zachodzi rozpad białka w organiźmie, a wszakże twardziel jest sprawą zapalną o charakterze par excellence proliferacyjnym, wytwórczym.

Czy otrzymane przez nas wyniki pozwalają na odróżnienie twardzieli od innych przewlekłych spraw zapalnych, a szczególnie od tych, od których przynajmniej w początkowych okresach trudno ją odróżnić t. j. od gruźlicy i kiły? Według nas do pewnego stopnia tak. Jeżeli weźmiemy pod uwagę gruźlicę, w której morfologiczny obraz krwi wykazuje również jak w twardzieli zwiększoną limfocytozę, to ten jeden czynnik w ogólnym zespole nie pozwoli nam na zróżniczkowanie tych dwuch spraw. Jeżeli uwzględnimy natomiast opadanie krwinek, to okaże się, że gdy w twardzieli szybkość jego nie odbiega od normy, w gruźlicy czynnej jest ona zwiększona. To samo można powiedzieć o kile.

Zaznaczyliśmy wyżej, że otrzymane przez nas wyniki do pewnege tylko stopnia mają rozpoznawcze znaczenie. Jak wszędzie w medycynie tak i tu miarodajnym dla rozpoznania nie jest pojedynczy objaw, lecz zespół objawów. Morfologja i opadanie krwinek wzbogacają zespół objawów twardzieli o jedno jeszcze ogniwo i dlatego według nas w każdym nasuwającym wątpliwośći przypadku należy te badania przeprowadzić.

Uporczywy kaszel, ostre i chroniczne bronchity, katar i t. p.
leczą

DRAŻETKI BENGALSKIE

(DRAGEES MENTHOLI COMP)

TOW. AKCYJNE

FR. KARPIŃSKI

w WARSZAWIE.

FABRYKA NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

HIPOLIT AMBER

SKŁAD i BIURO Warszawa, Marszałkowska 139.
Telefon № 230-23.
FABRYKA ul. Wronia № 24.

POLECA PO CENACH PRZYSTĘPNYCH:

WSZELKIE NARZĘDZIA LEKARSKIE,
STRZYKAWKI, IGŁY DO STRZYKAWEK
i CHIRURGICZNE,

OSTRZENIE, REPARACJA i ODNAWIANIE NARZĘDZI.

Wykonywanie zamówień według wzorów
i rysunków:

STACJA KLIMATYCZNA

OTWOCK

ZAKŁAD LECZNICZY

Dra W. PRZYGODY

Czynny przez cały rok. — 2-ch lekarzy w zakładzie. Roentgen — Lampa kwarcowa. — Pracownia analityczno-bakterjologiczna. Stosowanie sztucznej odmy.

APTEKA

F. WIĘCKOWSKIEGO

Marszałkowska 110 tel. 51-78.

Posiada stale na składzie:

NAJNOWSZE RZADKIE ŚRODKI LECZNICZE.
SPECYFIKI KRAJOWE i ZAGRANICZNE.
WODY MINERALNE NATURALNE i SZTUCZNE.
TERMOMETRY LEKARSKIE SPRAWDZANE.
CHLÓROFORM i ETER DO NARKOZY.
TLEN OCZYSZCZONY DO CELÓW LEKARSKICH.
SZPRYCE DO ZASTRZYKIWAŃ PODSKÓRNYCH..

JODPEPTIN

WIĘCKOWSKIEGO

(Peptonum jodatum solutum)

Peptonat jodu łatwo przyswajalny, stosowany przeciwko dusznicy, otyłości, sklerozie, schorzeniom pokiłowym.

Zawartość jodu w Jodpeptinie wynosi 5%, czyli że jedna kropla zawiera 2,5 miligrama czystego pierwiastku.

Dawka.

20—40 kropli dwa razy dziennie.
Dla dzieci poniżej roku dziennie po 4 krople, starszym dzieciom z każdym rokiem powiększa się dawkę o 1 kroplę.

UREXIN

WIĘCKOWSKIEGO

ZIÓŁKA MOCZOPĘDNE

(Species diureticae et antigonorrhoicae Folia Betuale, Herba Herniariae, Herba Equiseti, Folia Uvae Ursi, Radix Liquiritiae, Urotropinum, Natr. Salicylicum).

Ziółka moczopędne i odkażające w sprawach zapalnych i zakażeniach dróg moczowych.

Dawka:

Miarkę (łyżkę stołową) ziół sparzyć szklanką wrzątku, po 15 minutach przecedzić przez sitko i zażywać taką dawkę 2—3 razy dziennie stosownie do wskazówek lekarza.

SALVIN

WIĘCKOWSKIEGO

Emulsio Ol. Eucalypti anticatarrhalis:

Ol. Eucalypti, Formaldehyd sol, Menthol.

Emulsja do wdychania przeciwko katarowi nosa i gardła, zapobiegająca zakażeniu dróg oddechowych.

	Zestawienie	Wskazaniu	Sposób stosowania
PROPIDON Zawiesina Amp. po 4 cm.^{3} pudełko = 3 amp.	Buljonowa szczepionka mieszana gronkowcowa Prof. Delbet'a	Ostre zapalenie ucha środkowego, ropnica około migdałkowa gardzieli i krtani, ostre zapalenie gruczołów chłonnych.	Zastrzyki domięśniowe lub podskórne.
ALGORHIN Płyn flakon = 50 gr.	Chloreton Menthol Ol. Cinnamomi Camphora Ol. paraffin. liquid.	Wszystkie cierpienia dróg oddechowych (nie wyłączając gruźlicy), Zapalenie błony śluzowej nosa, krtani, gardła i oskrzeli. Ostre zapalenie ucha środkowego.	Pendzlowania Wziewania (za pomocą inhalatora specjalnego). Nacierania.
GARGAROL Tabletki słoik = 25 tabletek	Natr. chlorat. „ sulfuric. „ phosphoric. Kal. phosphoric. „ chlorat. „ sulfuric. Menthol.	Wszelkie cierpienia nosowo-gardzielowe.	1—2 tabletki rozpuścić w szklance gorącej wody i po ostudzeniu płukać nos lub gardło.
ADRENASOL Płyn flakon = 20 cm.^{3}	Adrenal. synt. Chloreton Nast. Chlorat. Acid. hydrochl. dil. Aqua destillata	Haemostaticum i Anaemicum, w chirurgji, rynologji, urologji, laryngologji, okulistyce.	Miejscowo Dożylnie 0,5-1,0 cm.^{3} Podskórnie Wewnątrz 5 do 30 kropli.

Jnject sterilisat.:

Cocain. muriat. 1 cm. = 0,01; 1 cm. = 0,02 i 1 cm. = 0,03
Adrenalin. 1 cm. = 0,0005
Novocain. 1 cm. = 0,01
Nowocain. c. adrenal. 1 cm. = { Novocaini 0,01 / Adrenalini 0,0001 } lub 1 cm. = { Novocaini 0,02 / Adrenalini 0,0001 }
Stovain. c. adrenal. 1 cm. = { Stovaini 0,02 / Adrenalini 0,0001 }

PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

LUDWIK SPIESS I SYN,

Sp. Akc.

WARSZAWA

DRUKIEM INSTYTUTU GŁUCHONIEMYCH I OCIEMNIAŁYCH
PLAC TRZECH KRZYŻY 4-6 :: :: :: WARSZAWA, 1924 R.